

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Evelyn Salm

Imiku- ja lapseea patoloogia kui riskifaktor söömishäire tekkeks noorukieas

Uurimistöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann

Jooksev pealkiri: Söömishäire riskifaktorid

Tartu 2019

Imiku- ja lapseea patoloogia kui riskifaktor söömishäire tekkeks noorukieas

Kokkuvõte

Söömishäired on raske psühhiaatriline haigus, millel on kompleksne etioloogiline taust. Käesoleva uurimistöö eesmärk oli uurida söömishäire patsientide erinevaid imiku- ja väikelapseea diagnoose, et leida neurobioloogilisi seoseid häire tekkeks. Uurimisgrupp koosnes 202 patsiendist, kelle retrospektiivseid andmeid analüüsis kasutati. Neist 102 olid erineva söömishäire, 100 käitumishäire- ja sõltuvushäire diagnoosiga. Hinnati imikueas saadud neuroloogiliste diagnooside ja väikelapseeas diagnoositud psüühika- ja käitumishäirete erinevust kahes grupis, mõõdeti ka teismeea depressioonile ja ärevusle eelnenud imiku- ja väikelapseea diagnoose. Ehkki söömishäirega noortel oli haiguskannete koguarv oluliselt suurem kui käitumis- ja sõltuvushäirega noortel, siis imiku- ja väikelapseea patoloogia ei ole söömishäirega noortel sagedasem kui käitumis- ja sõltuvushäirega noortel. Kirjeldatud patoloogiat ei saa seostada spetsiifiliselt teismeea söömishäirega.

Märksõnad: söömishäire, etioloogia, imik, riskitegurid, neuropsühhopatoloogia

Infant and toddler pathology as risk factors for adolescent eating disorder

Abstract

Eating disorders are severe psychiatric disorders with a complex etiology. The aim for this study was to examine various infant and toddler diagnosis of eating disorder patients. Study group consisted of 202 patients, whose retrospective data was analyzed. 102 were diagnosed with various eating disorders, 100 were diagnosed with behavioural and addiction disorders. Difference between infant and toddler pathology were measured in two groups, occurrence between adolescent depression diagnosis and anxiety related diagnosis and infant and toddler pathology were measured. Although adolescents with eating disorder had significantly larger amount of data than adolescents with behavioural and addiction disorders, infant and toddler pathology does not occur more often in adolescents with eating disorder than in adolescents with behavioural and addiction disorder. Described pathology does not be associated specifically to adolescent eating disorder.

Keywords: eating disorders, etiology, infant, risk factors, neuropsychopathology

Sissejuhatus

Söömishäire on raske, tihti tervistkahjustav ning sagedasti krooniliselt kulgev vaimne häire (Klump et al., 2009), millega kaasneb kõrge suitsiidirisk (Keel et al., 2003). Seda iseloomustavad kehakaalu ja –kuju ülehindamine, ebanormaalne söömine, kaasa arvatud toidu äärmuslik piiramine ja/või sagedane ülesöömine, tahtlik oksendamine või lahtistite väärkasutamine (Jansen, 2016).

Söömishäirete põhjuste mõistmine on oluline laste ja noorukitega tegelevatele psühholoogidele ja psühhiaatriatele, sest teismega on söömishäirete ja nendele viitavatele sümptomite kõrgepunkt (Abebe, Lien, & von Soest, 2012). Olulist rolli mängib ennetamise ja sekkumise jaoks identifitseerida biopsühhosotsiaalsed faktorid, mis suurendavad söömispatoloogia riski (Culbert et al., 2015). Häirunud söömiskäitumise puhul ei saa rääkida ühest, vaid mitmest riskitegurist.

Epidemioloogilised uuringud eelmisest kümnendist on viidanud varajaste bioloogiliste ja psühhosotsiaalsete riskide olulisust vaimse tervise patoloogias ning näidanud pidevust neuroloogiliste arenguhäirete ja teiste vaimse tervise probleemidega varajases lapseas ning nende seost teismee ja/või täiskasvanuea psühhopatoloogiaga (Costello, Foley, Angold, 2006 via Skovgaard et al., 2008).

Imikute tervislike näitajate ning hilisemate neurokognitiivsete näitajate vahel on leitud seoseid (Simon & Heazell, 2014; Skovgaard et al., 2008). Imiku madal sünnijärgne Apgar koos neonataalse entsefalopaatiaga on seostatud võimalike neuroloogiliste kahjustustega, mida võib seostada hilisema adapteerumisraskustega (Moster, Lie, & Markestad, 2001). Ennekõike on leitud, et peamised perinataalsed riskitegurid on hapnikuvaesusest tulenev ajukahjustus ning ebaadekvaatne pre- ja postnataalne toitumine (Favaro et al., 2006).

Kuna entsefalopaatiat on seostatud otseselt ajukahjustusega, siis kerkib üles küsimus, kas kognitiivseid ja käitumuslikke kõrvalekaldeid saab ette ennustada? Suurem osa imiku entsefalopaatia uuringutest on olnud suunatud raskekujulistele vormidele ja selle mõjust lapse hilisemale arengule, kuid teame vähe kergematest entsefalopaatia vormidest ning selle tingitud komplikatsioonidest pikas perspektiivis (Van Handel et al., 2007; Badawi et al., 2006).

Neurobioloogiliste anomaaliate uurimiseks on kasulik uurida teismeliste söömishäire patsientide imiku- ja väikelapsea diagnoose ning kõrvutada need teiste teismee psüühikahäirete imiku- ja väikelapsea diagnoosidega ning otsida eripärasusi. Sellepärast kasutangi kontrollgrupina käitumis- ja sõltuvushäirega patsiente. Samuti on huvitav uurida, kas söömishäirega kaasnevat

ärevust või depressiooni (Corcos et al. 2000; Swinbourne et al., 2012) esineb rohkem neil, kel eelnevalt diagnoositud imiku- või väikelapsea patoloogia?

Uurimistöö võib anda aimu söömihäire võimalikest etioloogilistest põhjustest. Antud uurimistöö idee, andmete ja statistiline analüüs ning tulemuste interpretatsioon lasub töö kirjutajal.

Uurimistöö eesmärk oli uurida, kas imiku- ja väikelapsea patoloogia on seotud söömishäire esinemisega teismeeas. Sellest tulenevalt on hüpoteesid:

- 1) Imiku- ja väikelapsea patoloogia esinemine on söömishäirega noorukitel statistiliselt olulisemalt kõrgema sagedusega kui teiste psüühikahäiretega noorukitel.
- 2) Depressiooni ja ärevuse esinemine söömishäirega noorukitel on sagedasem kui teiste psüühikahäiretega noorukitel.

Meetod

Uurimistöös kasutati 202 patsiendi andmeid, kes olid SA Tallinna Lastehaigla noorukitepsühhiaatrias statsionaarsel ravil ajavahemikus 1.oktoober 2015-1.oktoober 2018. Uurimistöös osalenud patsientide *ex post facto* andmed saadi SA Tallinna Lastehaigla noorukitepsühhiaatria infosüsteemist LIISA, mis võimaldab tagantjärele vaadata patsientide statsionaarseid haiguskandeid. Kõik diagnoosid on kinnitatud laste- ja noorukitepsühhiaatrite poolt RHK-10¹ kriteeriumite järgi.

Uuritavad (n=102) olid söömishäireosakonna patsiendid, kellel diagnoositud söömishäire (F50.0-50.9). Uuritavate seas oli 7 noormeest ning ülejäänud 95 olid neid. Keskmise vanus söömishäire diagnoosi saamise ajal oli 14,6 ($SD=1,9$), noorim 10-aastane ja vanim 18-aastane (Tabel 1).

¹- <http://rhk.sm.ee>

Kontrollgrupp (n=100) koosnes noorukitepsühhiaatria käitumis- ja sõltuvushäirega patsientidest. Keskmine vanus 13,7 ($SD=2,15$), noorim 8-aastane ja vanim 19-aastane. Uurimistöö analüüsiks kasutasin patsiendi järgmisi andmeid: sugu, diagnoosid, vanus diagnoosi saamise ajal, haigusjuhtumite koguarv (Tabel 2). Kõik haiguslood vaadati läbi käsitsi tehes seda SA Tallinna Lastehaigla tööruumides. Isiklik kokkupuude patsientidega uurimistöö raames puudus. Kasutatavad andmed on kodeeritud numbritesse ning anonüümsed. Uurimistöö on saanud koostööstuse Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt (otsus nr 2756).

Arvestades söömishäirele omast pikka kulgu, mõõdeti kahe grupi (nii söömishäire kui ka käitumis- ja sõltuvushäirega patsientide) haiguskannete koguarvu keskmisi kasutades meetodina t-testi. Järgnevalt sai uuritud katseisikute imiku- ja väikelapsea diagnoose: sündmisega seotud komplikatsioonid, neuroloogilised (peamiselt täpsustamata entsefalopaatia ning parapleegia), sisehaigused, psüühika- ja käitumishäired (LISA 1). Imiku- ja väikelapsea patoloogiate ning teismee psühhopatoloogia esinemist mõõdeti nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis. Meetodi valimisel tuli silmas pidada, et tegemist on mitteamvuliste arvtunnustega. χ^2 -test annab hinnangu, kas potentsiaalne riskifaktor mõjutab/ei mõjuta uuritava sündmuse toimumist, kuid mitte kunagi selle põhjuslikkust. Seega võib meetodit pidada usaldusväärseks.

Tabel 1. Kooslustabel: söömishäire diagnooside haigusjuhtumite sagedus olenevalt vanusest*

F50/vanus	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Σ
F50.0	2 (1.96)	1 (.098)	7 (6.86)	9 (8.82)	14 (13.7)	10 (9.8)	6 (5.88)	6 (5.88)	3 (2.94)	58 (57.0)
F50.1		1 (.098)		2 (1.96)	1 (.098)	1 (.098)	4 (3.92)			9 (8.82)
F50.2					2 (1.96)	3 (2.94)	3 (2.94)		2 (1.96)	10 (9.8)
F50.3						1 (.098)		1 (.098)		2 (1.96)
F50.4							1 (.098)			1 (.098)
F50.5		1 (.098)								1 (.098)
F50.8			1 (.098)				2 (1.96)		1 (.098)	4 (3.92)
F50.9			3 (2.94)	3 (2.94)	1 (.098)	3 (2.94)	3 (2.94)	3 (2.94)	1 (.098)	17 (16.7)
Kokku	2 (1.96)	3 (2.94)	11 (10.8)	14 (13.7)	18 (17.6)	18 (17.6)	19 (18.6)	10 (9.8)	7 (6.86)	102 (100.0)

Märkus *Tabelis märgitud patsientide arv, sulgudes (%)

Tabel 2. Uuritavate sooline, vanuseline koosseis ning haigusjuhtumite sagedus

	Katsealused	Kontrollgrupp
Tüdrukud	95	49
Poisid	7	51
Kokku	102	100
Haiguskannete koguarv, keskmiselt	65 (SD=48,5)	46 (SD=39,9)
Vanus 0-9 aastat		
• Närvisüsteemihaigused (G00-G99), millest		
- Epilepsia e langetõbi (G40)	1	3
- Epileptiline staatus e seisund (G41)		
- Tserebraalparalüüs e peaajuhalvatus ja muud paralüüsi- e halvatussündmused (G80-83)	28	31
- Autonoomse närvsüsteemi haigusseisundid (G90)	1	
- Hüdrotsfaalia e vesipea (G91)		2
- Peaaju muud haigusseisundid (G93)	15	13
• Perinataal- e. sünniperioodis tekkivad teatavad seisundid (P00-P96)	10	3
• Lapseea käitumis- ja psüühikahäired (F00-F99)	17	23
• Sisesekreetsiooni-, toitumis- ja ainevahetushäired (E00-E90)	11	8
• Lihasluukonna ja sidekoehaigused (M00-M99)	6	1
• Muijal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hõlbed (R00-R99)	18	11
Vanus 10-19		
• Söömishäire diagnoos (F50.0-F50.9), millest	102	
- Anorexia nervosa (F50.0)	58	
- Atüüiline anorexia nervosa (F50.1)	9	
- Bulimia nervosa (F50.2)	10	
- Muud söömishäired (F50.3-F50.9)	25	
• Depressiivne episood e depressioon (F32)	43	14
• Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (F40-F49)	25	25
• Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired (F80-F89), millest	7	31
- Segatüüpi spetsiifilised arenguhäired (F83)		11
- Pervasiivsed arenguhäired (F84)	4	20
• Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired (F90-F98)	14	65
Vanus teismee diagnooside ajal, keskmiselt	14,6 (SD=1,9)	13,7 (SD=2,15)

Statistiline analüüs

Haiguslugude kannete keskmisi sai võrreldud t-testiga (kahesuunaline; sõltumatud muutujad ja erinev dispersioon), et teada saada, kas erinevus on statistiliselt oluline. Lisaks kirjeldati erinevate diagnooside sagedusi kahes erinevas grupis. Täiendatud analüüsiks sai koostatud 3 erinevat kooslus- ehk sagedustabelit 2×2 , kus esitati diagnooside sagedused lähtuvalt kahest (diagnoos olemas, diagnoos puudub e N/a) vaatluse all olevast tunnusest: [G40,G90;G93], [G80-G83], [F00-F99] esinevus katsealuste ja kontrollgrupis. Sagedustabeli andmete statistilise olulisuse hindamiseks leidsin seostekordaja χ^2 -test abil hii-ruut-statistiku.

Kooslustabel sai koostatud veel teismeea depressiooni ja ärevuse tunnuse esinemises kahes grupis uurimaks, kas teismeea diagnoosidele eelnesid/ei eelnenud imikuea neuroloogilised diagnoosid [G40, G90, G93] ja [G82-83] ning väikelapsea diagnoosid [F00-F99].

Kokkuvõtlikult on esitatud ka kõikide vaadeldud imiku- ja väikelapsea diagnooside eelnevus teismeea diagnoosidele ning leitud statistiline olulisus (χ^2 -statistik).

Kõik arvutused tehti MS Exceli (Windows 7) programmis, χ^2 -statistiku arvutamiseks kasutati interaktiivset kalkulaatorit (Preacher, 2001).

Tulemused

Kahe grupi haiguskannete ühe arvulise tunnuse keskmisi väärtusi võrreldes t-testiga (kahesuunaline; sõltumatud muutujad ja erinev dispersioon), selgus, et erinevus on statistiliselt oluline ($p < 0,0026$). Söömishäirete grupis on haiguskannete koguarv oluliselt suurem.

Imikueas saadud närvisüsteemihaiguste diagnooside [G90-G91] sagedus katsealuste grupis 16,7% vs kontrollgrupis 15% ($\chi^2 = 0,105$, df 1, $p = 0.75$), vaata tabelit 3. Seos ei ole statistiliselt oluline.

Tabel 3. Kooslustabel: närvisüsteemihaiguste diagnooside [G90-G93]* sagedus söömishäirega ning käitumis- ja sõltuvushäirega noortel

	Katsealused	Kontrollgrupp	Kokku
[G90-G93]	17	15	32
N/a	85	85	170
	102	100	202

Märkus *[G90]- autonoomse närvisüsteemi haigusseisund; [G93]- peaaegu muud haigusseisundid, millest [G93.4]- täpsustamata entsefalopaatia; [G40]- epilepsia e langetõbi; N/a- diagnoos puudub

Imikueas saadud närvisüsteemihaiguste diagnooside [G82-G83] esinevus katsealuste grupis 27,5% vs kontrollgrupis 31%, ($\chi^2=0,308$, df 1, $p=0.58$), vaata tabelit 4. Seos ei ole statistiliselt oluline.

Tabel 4. Kooslustabel: närvisüsteemihaiguste diagnooside [G82-G83]* sagedus söömishäirega ning käitumis- ja sõltuvushäirega noortel

	Katsealused	Kontrollgrupp	Kokku
[G82-G83]	28	31	59
N/a	74	69	143
	102	100	202

Märkus *[G82]- parapleegia e mõlemapoolne halvatus ja tetrapleegia e neljajäsemehalvatus; [G83]- muud paralüüs- e halvatussündroomid; N/a- diagnoos puudub

Väikelapseas saadud psüühika- ja käitumishäirete [F00-F99] diagnooside sagedused 16,7% vs kontrollgrupis 23%, ($\chi^2=1,28$, df 1, $p=0.26$), vaata tabelit 5. Seos ei ole statistiliselt oluline.

Tabel 5. Kooslustabel: väikelapsea käitumis-või psüühikahäirete [F00-F99]* sagedus söömishäirega ning käitumis- ja sõltuvushäirega noortel

	Katsealused	Kontrollgrupp	Kokku
[F00-F99]	17	23	40
N/a	85	77	162
	102	100	201

Märkus *[F00-F99]- väikelapse psüühika- ja käitumishäired; N/a- diagnoos puudub

Kui noorukil oli neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häire diagnoos [F40-F48], siis mõlemas grupis oli selle diagnoosi esinemine küllaltki sarnane (vaata tabel 1), kuid uurides ärevushäirele eelnenud imikueas närvisüsteemihaiguste diagnoose [F80-F83], siis tabelis 6 esitatud mõlema grupi diagnooside esinemine, kusjuures kahe diagnoosi kokkulangevus söömishäirete grupis on 5, 20 ärevusehäire diagnoosile ei eelnenud [G80-G83] diagnoosi, 23 närvisüsteemihaiguse [G82-G83] diagnoosile ei järgnenud ärevushäire diagnoosi [F40-F48]. Tabelis 6 on esitatud diagnooside sagedus kahes grupis ja nende seosed olid statistiliselt mitteolulised ($\chi=0,789$, df 3, $p=0,852$).

Tabel 6. Kooslustabel: teismeea ärevuse esinemine ja sellele eelnenud imikueas diagnoos [G82-G83]* nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis

Söömis- häired	[F40-F49]	N/a	Kokk u	Kontroll- grupp	[F40-F49]	N/a	Kokku
[G80-G83]	5	23	28	[G80-G83]	4	27	31
N/a	20	54	74	N/a	21	48	69
Kokku	25	77	102		25	75	100

Märkus *[G82]- parapleegia e mõlemapoolehalvatus ja tetrapleegia e neljajäsemehalvatus; [G83]- muud paralüüs- e halvatussündroomid; [F40-F48]- neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häire diagnoos; N/a- diagnoos puudub

Ärevushäirele eelnenud imikueas närvisüsteemihaiguste diagnooside [F90-F93] seosed erinevates gruppides olid statistiliselt mitteolulised ($\chi=1,586$, df 3, $p=0,663$). Tabelis 7 esitatud mõlema grupi diagnooside esinevused.

Tabel 7. Kooslustabel: teismee ärevuse esinemine ja sellele eelnenud imikueas diagnoos [G90-G93]* nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis

Söömis- häired	[F40-F49]	N/a	Kokku	Kontroll- grupp	[F40-F49]	N/a	Kokku
[G90-G93]	5	12	17	[G90-G93]	2	13	15
N/a	20	65	85	N/a	23	62	85
Kokku	25	77	102	Kokku	25	75	100

Märkus *[G90]- autonoomse närvisüsteemi haigusseisund; [G93]- peaaegu muud haigusseisundid, millest [G93.4]- täpsustamata entsefalopaatia; [G40]- epilepsia e langetõbi; [F40-F48]- neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häire diagnoos; N/a- diagnoos puudub

Ärevushäirele eelnenud väikelapse psühhika- ja käitumishäire [F00-F99] diagnooside seosed kahes grupis olid statistiliselt mitteolulised ($\chi=1,45$, df 3, $p=0,69$). Tabelis 8 esitatud mõlema grupi diagnooside sagedused.

Tabel 8. Kooslustabel: teismee ärevuse esinemine ja sellele eelnenud imikueas diagnoos [F00-F99]* nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis.

Söömis- häired	[F40-F49]	N/a	Kokku	Kontroll- grupp	[F40- F49]	N/a	Kokku
[F00-F99]	5	12	17	[F00-F99]	8	15	23
N/a	20	65	85	N/a	17	60	77
Kokku	25	77	102	Kokku	25	75	100

Märkus *[F00-F99]- väikelapse psühhika- ja käitumishäired; [F40-F48]- neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häire diagnoos; N/a- diagnoos puudub

Kui noorukil oli meeleoluhäirete diagnoos [F31-F32], siis mõlemas grupis oli selle diagnoosi sagedus erinev (vaata tabel 1), kuid uurides depressioonile eelnenud imikueas närvisüsteemihaiguste diagnoosi [F80-F83], siis tabelis 9 esitatud mõlema grupi diagnooside esinevused, kusjuures kahe diagnoosi kokkulangevus söömishäirete grupis on 12, 31 meeleoluhäire diagnoosile ei eelnenud [G80-G83] diagnoosi, 16 närvisüsteemihaiguse [G80-G83] diagnoosile ei järgnenud meeleoluhäire diagnoosi [F31-F32]. Diagnooside sagedus kahes grupis ja nende seosed olid statistiliselt olulised ($\chi^2=21,49$, df 3, $p=0.0001$).

Tabel 9. Kooslustabel: teismee depressiooni esinemine ja sellele eelnenud imikueas diagnoos [G82-G83]* nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis.

Söömis- häired	[F31-F32]	N/a	Kokku	Kontroll- grupp	[F31- F32]	N/a	Kokku
[G80-G83]	12	16	28	[G80-G83]	7	24	31
N/a	31	43	74	N/a	7	62	69
Kokku	43	59	102	Kokku	14	86	100

Märkus *[G82]- parapleegia e mõlemapoolehalvatus ja tetrapleegia e neljajäsemehalvatus; [G83]- muud paralüüs- e halvatussündroomid; [G31-G32]- meeleoluhäired, sh depressioon; N/a- diagnoos puudub

Meeleoluhäirele eelnenud imikueas närvisüsteemihaiguste diagnooside [G90-G93] seosed erinevates gruppides olid statistiliselt olulised ($\chi^2=20,46$, df 3, $p=0.0001$). Tabelis 10 esitatud mõlema grupi diagnooside sagedused.

Tabel 10. Kooslustabel: teismeea depressiooni esinemine ja sellele eelnenud imikueas diagnoos [G90-G93]* nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis.

Söömis- häired	[F31-F32]	N/a	Kokku	Kontroll- grupp	[F31- F32]	N/a	Kokku
[G90-G93]	5	12	17	[G90-G93]	2	13	15
N/a	38	47	85	N/a	12	73	85
Kokku	43	59	102	Kokku	14	86	100

Märkus *[G90]- autonoomse närvisüsteemi haigusseisund; [G93]- peaaegu muud haigusseisundid, millest [G93.4]- täpsustamata entsefalopaatia, [G40]- epilepsia e langetõbi; [F31-F32]- meeleoluhäired, sh depression; N/a- diagnoos puudub

Teismeea meeleoluhäirele eelnenud väikelapseas diagnoositud psühika- ja käitumishäire [F00-F99] esinemiste seosed erinevates gruppides olid statistiliselt olulised ($\chi^2=21,59$, df 3, $p=0.0001$). Diagnooside jaotused tabelis 11.

Tabel 11. Kooslustabel: teismeea depressiooni esinemine ja sellele eelnenud imikueas diagnoos [F00-F99]* nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis.

Söömis- häired	[F31-F32]	N/a	Kokku	Kontroll- grupp	[F31-F32]	N/a	Kokku
[F00-F99]	8	9	17	[F00-F99]	2	21	23
N/a	35	50	85	N/a	12	65	77
Kokku	43	59	102	Kokku	14	86	100

Märkus *[F00-F99]- väikelapse psühika- ja käitumishäired; [F31-F32]- meeleoluhäired, sh depression; N/a- diagnoos puudub

Analüüsides kahe grupi teismeea diagnoose ja nendele eelnenud kõiki imiku- a väikelapsea patoloogiat, siis selgus, et söömihäire diagnoosile ei eelnenud 42 (kontrollgrupis vastavalt 41) juhul ühtegi vaadeldud diagnoosi, söömishäire diagnoosile aga eelnes 60 (kontrollgrupis vastavalt 59) juhul üks või mitu imiku- ja väikelapsea diagnoosi (tabel 12).

Seose erinevus kahe grupis vahel on statistiliselt mittepiisav ($\chi^2=0,001$, df 1, $p=0.05$). Seega antud analüüsis seost ei ole ning null-hüpoteesi ei saa tagasi lükata. Antud arvutuses langevad jaotused kokku, sest χ^2 -statistiku väärtus on nullilähedane.

Tabel 12. Kooslustabel: kõikide imiku- ja väikelapseea diagnooside sagedus nii söömishäirete kui ka kontrollgrupis

Söömishäirete diagnoosiga grupp		Eelneb	Ei eelne
	Imiku- ja väikelapseea patoloogia	60	42
Muude psüühika- ja käitumishäire diagnoosiga grupp		Eelneb	Ei eelne
	Imiku- ja väikelapseea patoloogia	59	41

χ^2 -jaotuse kriitiliste väärtuste tabeli (Howell, 2012) kohaselt peaks $p<0,05$ vabadusastme 1 juures χ^2 -statistiku väärtus olema vähemalt 3.84 ning $p<0,05$ vabadusastme 3 juures χ^2 -statistiku väärtus olema vähemalt 7.28, selleks et hüpotees tagasi lükata.

Arutelu ja järeldused

Kuidas ja millal psühhopatoloogia algab (Egger, Angold, 2006 via Skovgaard et al., 2008) ning kas on võimalik mõjutada vaimse tervise häirete arengut ja kulgu jälgides ning sekkudes juba varajases lapseas (Costello, Egger, Angold, 2005 via Skovgaard et al., 2008).

Varasemad uuringud on leidnud, et söömishäirega noorukitel on häirunud neurokognitiivne funktsioneerimine: juhtfunktsioonides (Allen et al., 2013), hüperreageerimine amügdalas (Joos et al., 2010), tajuhäiretes (Crucianelli et al., 2016). See omakorda tõstatab küsimuse söömishäire etioloogia kohta: kas söömishäire erinevad sümptomid (eriti pikaajaline madal kaal) põhjustavad neuraalsete mehhanismide häireid või käitumuslikud, kognitiivsed ja emotsionaalsed eripärad on allolevate neurobioloogiliste ebanormaalsuste tagajärg (Lask & Bryant-Waugh, 2013).

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli uurida, kas neurobioloogilised anomaaliad võivad alguse saada juba üsna varajasest imikueast ning kas imiku- ja väikelapsea patoloogia uurimine võib anda vastuseid söömihäire etioloogilisest põhjustest.

Söömishäirega noortel oli haiguskannete koguarv oluliselt suurem kui käitumis- ja sõltuvushäirega noortel. Haiguskannete suurem koguarv võib viidata häiret iseloomustavale keerukusele, mille ravi ongi aeganõudvam. Imikueas diagnoositud närvisüsteemi haiguste ning väikelapseas diagnoositud psüühika- ja käitumishäire seos ei olnud söömishäirega noortel statistiliselt oluline. Imiku- ja väikelapsea patoloogia ei ole söömishäirega noortel sagedasem kui käitumis- ja sõltuvushäirega noortel, seega esimene hüpotees on tagasi lükatud.

Söömishäirega noortel esines rohkem meeleoluhäireid, kuid mitte ärevusele viitavaid häireid. Statistiliselt oluline oli depressiooni esinemine söömishäiretega noortel kõikides hinnatud kategooriates. Teine hüpotees on osaliselt kinnitatud ning osaliselt tagasi lükatud: söömishäirega noortel on rohkem meeleoluhäireid, kuid mitte ärevusele viitavaid häireid.

Antud uurimistööl on palju puudusi ja piiranguid. Esiteks, valimi suurus, et teha laiaulatuslikke järeldusi. Teiseks, puudus uurimistöös n-õ terve kontrollrühm, kel ei ole teismeeas diagnoositud vaimse tervise häiret. Kolmandaks, paljudel uuritavatel puudusid imiku- ja väikelapsea kohta andmed mistahes põhjustel: polegi diagnoose, elukoht mujal, perearst diagnoosis ise, vanemad ei näinud põhjust otsida abi SA Tallinna Lastehaiglast.

Kirjanduse loetelu

Abebe, D.S., Lien, L., & von Soest, T. (2012). The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: A population-based longitudinal cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 737-745.

Allen, L.K., Byrne, S.M., Hii, H., van Eekelen, A., Mattes, E., Foster, J.K. (2013). Neurocognitive functioning in adolescents with eating disorder: a population-based study. *Cognitive Neuropsychiatry*, 188(5), 355-375.

Badawi, N., Dixon, G., Felix, J.F., Keogh, J.M., Petterson, B., Stanley, F.J., Kurinczuk, J.J. (2006). Autism following a history of newborn encephalopathy: more than a coincidence? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 85-89.

Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93, 263-266.

Costello, E.L., Foley, D.L., Angold, A. (2006) 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders II: developmental epidemiology. *Journal of American Academia of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25.

Culbert, M.K., Racine, S.E., Klump, K.L. (2015). Research review: what we have learned about the causes of eating disorders- a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56(11), 1141-1164.

Crucianelli, L., Cardi, V., Treasure, J., Jenkinson, P.M. (2016) The perception of affective touch in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 239, 72-78.

Egger, H.L., Angold, A. (2006) Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 47 (3), 313-317.

Favaro, A., Tenconi, E., Santonastaso, P. (2006) Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 82-88.

Howell, D.C. (2012) *Fundamental Statistics for the Behavioral Sciences* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth

Jansen, A. (2016). Eating disorders need more experimental psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 2-10.

Joos, A.A.B., Saum, B., van Elst, L.T., Perlov, E., Glauche, V., Hartmann, A., Freyer, T., Tüscher, O., Zeeck, A. (2010) Amygdala hyperreactivity in restrictive anorexia nervosa. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 189-195.

Keel, P., Dorer, D., Eddy, K., Selwyn, S., Franko, D., Charatan, D. & Herzog, D. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 170-183.

Klump, K.L., Bulik, C.M, Kaye, W.H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 97-103.

Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (2013) *Eating disorders in childhood and adolescence*. Routledge. New York.

Moster, D., Lie, R.T., Markerstad, T. (2001). Joint association of Apgar scores and early neonatal symptoms with minor disabilities at school age. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 86, 16-21.

Preacher, K.J. (2001). Calculation for the chi-square test: An interactive tool for chi-square tests of goodness of fit and independence [Computer software].
<http://www.quantpsy.org/chisq>

RHK-10 (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, 10. versioon) <http://rhk.sm.ee/>

Simcox, L., Heazell, A.E.P. (2014) Long-term neurocognitive outcomes in small babies. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 24, (9), 274-278.

Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Olsen, E.M., Landorph, S.L., Lichtenberg, A., Jorgensen, T. (2008) Can a general health surveillance between birth and 10 months identify children with mental disorder at 1½ year? A case-control study in cohort CCC2000. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 17, 290-298.

Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131.

Van Handel, M., Swaab, H., de Vries, L.S., Jongmans, M.J. (2007). Long-term cognitive and behavioral consequences of neonatal encephalopathy following perinatal asphyxia: a review. *European Journal of Pediatrics*, 166, 645-654.

Lisa 1

Kasutatud imiku- ja lapsee diagnoosid

Närvisüsteemihäired [G00-G99]

- [G40] Epilepsia e langetõbi
- [G82] Parapleegia e mõlemapoolehalvatus ja tertapleegia e neljajäsemehalvatus
- [G83] Muud paralüüs- e halvatussündroomid
- [G90] Autonoomse närvisüsteemi haigusseisund
- [G93] Peaaju muud haigusseisundid, millest
 - [G93.4]- Täpsustamata entsefalopaatia

Perinataal- e sünniperioodis tekkivad teatavad seisundid [P00-P99]

- [P01] Vililane või vastsündinu, kahjustatud ema rasedustüsistustest
- [P05] Vililase aeglane kasv ja väärtoitumus
- [P07] Mujal klassifitseerimata lühiaegse raseduse ja madala sünnikaaluga seotud haigusseisundid
- [P22] Vastsündinu respiratoorne distress
- [P91] Vastsündinu peaajuseisundi muud häired

Siseseretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused [E00-E90]

- [E03] Muu hüpotüreooos
- [E04] Muu mittetoksiline struuma e hõõtsik
- [E06] Türeoidiit e kilpnäärmepõletik
- [E66] Rasvumus

Mujal klassifitseerimata sümptomid, tnnused ja kliiniliste leidude hälbed [R00-R99]

- [R45] Emotsionaalseisundiga seotud sümptomid ja tnnused
- [R47] Mujal klassifitseerimata kõnehäired
- [R51] Peavalu
- [R62] Eeldatava füsioloogilise arengu peetus
- [R63] Söömise ning joomisega seotud sümptomid ja tnnused
- [R64] Kahheksia e kurtumus

Psüühika- ja käitumishäired [F00-F99]

[F45] Somatoformsed häired

[F83] Segatüüpi spetsiifilised arenguhäired

[F84] Pervasiivsed arenguhäired

[F94] Lapse või nooruki suhtlemishäired

[F98] Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired, sh
[G98.2] söömishäire imiku- või lapseas

Kasutatud teismeea diagnoosid:

Psüühika- ja käitumishäired [F00-F99]

Meeleoluhäired [F30-F39]

[F31] bipolaarne meeleoluhäire

[F32] depressiivne episood e depressioon

Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired [F40-F48]

[F40] Foobsed ärevushäired e foobiad

[F41] Muud ärevushäired

[F43] Rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired

[F44] Dissotsiatiivsed häired

[F45] Somatoformsed häired

Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud
käitumissündroomid [F50-F59]

[F50.0] Anorexia nervosa

[F50.1] Atüüpiline anorexia nervosa

[F50.2] Bulimia nervosa

[F50.3] Atüüpiline bulimia nervosa

[F50.4] Liigsöömine koos muu psüühikahäirega

[F50.5] Oksendamine koos muu psüühikahäirega

[F50.8] Muud täpsustatud söömishäired

[F50.9] Täpsustamata söömishäire

Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired [F80-F89]

[F83] Segatüüpi spetsiifilised arenguhäired

[F84] Pervasiivsed arenguhäired

Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired [F90-F98]

[F90] Hüperkineetilised häired

[F91] Käitumishäired

[F92] Segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired

[F93] Lapsele iseloomulikud tundeeluhäired

[F94] Lapse või nooruki suhtlemishäired

[F98] Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis Dspace.

Evelyn Salm